

## Persönlicher Fragebogen – vom Versicherten auszufüllen und direkt an die TPS zu senden

Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Sie werden weder an Dritte zugänglich gemacht noch für Marketingzwecke verwendet.

Firma: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

1. Sind Sie zurzeit vollständig gesund und voll arbeitsfähig?  Ja  Nein

Falls nein, unter welchen Beschwerden leiden Sie? \_\_\_\_\_

2. Körpergrösse in cm \_\_\_\_\_ Körpergewicht in kg \_\_\_\_\_

3. Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Falls ja, Grund? \_\_\_\_\_

Ist die Behandlung abgeschlossen?  Ja  Nein

Name und Adresse des Arztes \_\_\_\_\_

4. Haben Sie in den letzten fünf Jahren eine schwere Krankheit durch gemacht?  Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen?  Ja  Nein

Name und Adresse des Arztes \_\_\_\_\_

5. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle?  Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen?  Ja  Nein

Name und Adresse des Arztes \_\_\_\_\_

6. Haben Sie sich einer psychiatrischen Behandlung unterzogen?  Ja  Nein

Falls ja, weshalb und wann? \_\_\_\_\_

Wer hat Sie behandelt? \_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  Ja  Nein

Falls ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

8. Hatten bzw. haben Sie Probleme mit Missbrauch von Rausch- / Betäubungsmitteln?:  Ja  Nein

Falls ja: Alkoholmissbrauch  Ja  Nein

Drogenmissbrauch  Ja  Nein

Medikamentenmissbrauch  Ja  Nein

9. Bestand bei Ihrer vorherigen Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt?  Ja  Nein

Falls ja, bitte eine Kopie des Vorbehaltes beilegen.

10. Beziehen Sie infolge Krankheit oder Unfall Invalidenrenten und/oder Taggelder?  Ja  Nein

#### **Erklärung der zu versichernden Person**

Ich bestätige, die in der Gesundheitserklärung gestellten Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann dazu führen, dass Leistungen reduziert oder verweigert werden.

Ich ermächtige die Ärzte, die mich behandelt und untersucht haben, dem Vertrauensarzt der TPS oder dem Vertrauensarzt des Rückversicherers der TPS, alle nötigen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand vertraulich zu erteilen.

---

Ort. Datum

---

Unterschrift der zu versichernden Person